

TUMÉFACTION PELVIENNE CHEZ LA FEMME

Dr Solenne Levet, Dr Virginie Canel, Dr Dounia Skalli, Dr Patrick Aristizabal, Dr Jean Marc Levailant, Pr Bassam Haddad, Dr Cyril Touboul

Faculté de médecine de Créteil UPEC, Paris-XII
Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, Centre hospitalier intercommunal de Créteil, 94000 Créteil, France
cyril.touboul@chicreteil.fr

objectifs

ARGUMENTER les principales hypothèses diagnostiques et **JUSTIFIER** les examens complémentaires pertinents.

Le pelvis est la région du corps située entre la cavité abdominale en haut, la limite supérieure étant le détroit supérieur s'étendant du promontoire au pubis, la partie inférieure des deux os coxaux sous la ligne arquée en latéral, le sacrum et le coccyx en postérieur, le pubis en antérieur et le périnée en inférieur (**fig. 1**). Il contient des structures gynécologiques mais aussi osseuses, digestives, urologiques et vasculaires. Il n'inclut pas la vulve, l'anus et la partie basse du vagin.

Les circonstances de découverte d'une tuméfaction pelvienne sont de trois types :

- inconfort/douleur pelvienne ou augmentation du volume abdominal ;
- palpation lors d'un examen clinique ;
- découverte fortuite sur un examen d'imagerie.

Le diagnostic et les examens paracliniques sont essentiellement guidés par l'anamnèse et l'examen clinique.

Démarche diagnostique

Anamnèse

L'orientation diagnostique nécessite de connaître :

- l'âge de la patiente ;
- les antécédents personnels (médicaux, chirurgicaux et gynécologiques) et familiaux, notamment oncologiques ;
- l'âge des premières règles (ménarche), gestité, parité, âge de la ménopause ;
- la date des dernières règles, la régularité des cycles, le statut ménopausique ;

- l'existence d'une contraception, d'un traitement ;
- les possibles symptômes associés : pesanteur pelvienne, ménométrorragie, dysménorrhée, infertilité, dyspareunies, leucorrhées sales, amaigrissement, anorexie, rectorragie, alternance diarrhée-constipation, pollakiurie, ténésmes, épreintes, fièvre ;
- les caractéristiques de la masse : date et circonstances de découverte, augmentation de taille

Examen clinique

Il comporte :

- mesure du pouls, de la pression artérielle, de la température et du poids ;
- palpation abdominale : palpation éventuelle de la masse, évaluation de sa taille, consistance, mobilité, recherche d'une douleur, d'une défense, du caractère pulsatile, recherche d'une ascite, palpation des orifices herniaires ;

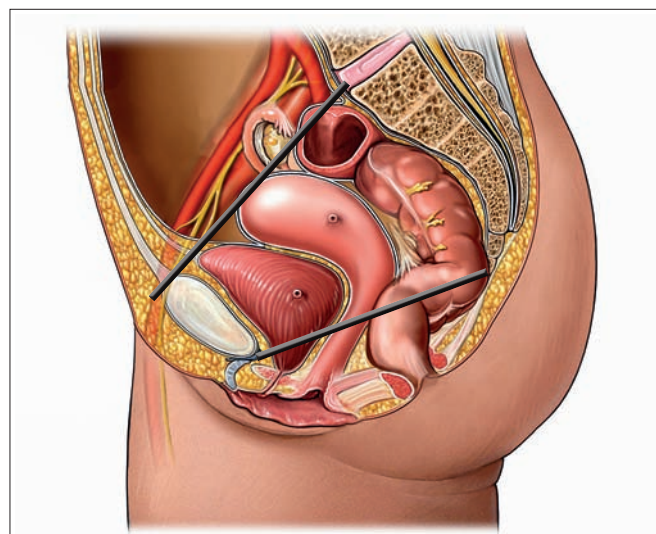


FIGURE 1 Définition du pelvis chez la femme.

© Nucleus Medical Art / BSIP

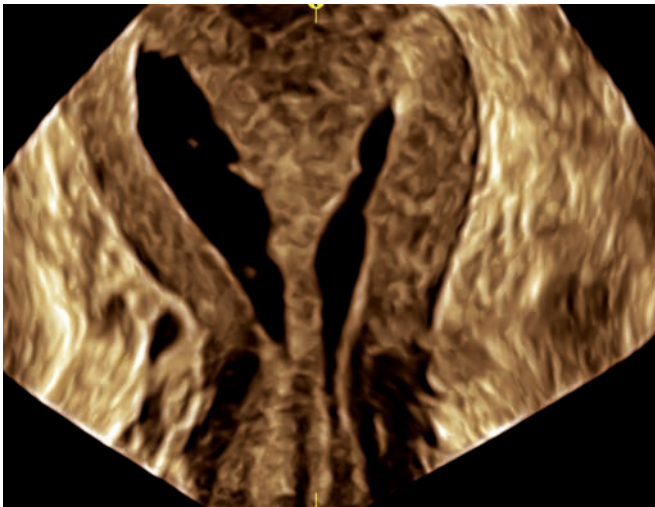


FIGURE 2 Utérus cloisonné total en hystérosonographie.

- toucher vaginal : palpation de la masse dans un des culs-de-sac (latéraux ou de Douglas), mobilisation de la masse indépendante de celle de l'utérus, consistance de la masse, douleur ;
 - toucher rectal : palpation d'une masse endorectale, du cul-de-sac de Douglas ou d'une compression externe (masse utérine ou ovarienne) ;
 - examen au spéculum : visualisation d'une éventuelle masse cervicale, d'un écoulement sale, métrorragies, de lésions d'endométriose vaginale du cul-de-sac vaginal postérieur ;
- Cette démarche oriente vers un type de pathologie.

Examens paracliniques

L'échographie pelvienne par voie abdominale et vaginale avec Doppler est l'examen de référence en première intention en cas de suspicion de pathologie gynécologique.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) pelvienne est un examen de 2^e intention utile à la caractérisation de certaines pathologies gynécologiques, sur lesquelles nous reviendrons en détail spécifiquement.

La tomodensitométrie (TDM) abdomino-pelvienne est l'examen recommandé en cas de suspicion de pathologie extra-gynécologique.

Le dosage des marqueurs tumoraux n'est pas recommandé à visée diagnostique en 1^{re} intention mais il peut être un argument intéressant en cas de masse ovarienne suspecte : CA 125, CA 19.9, ACE.

Un dosage des β HCG est réalisé chez toute femme en âge de procréer afin d'éliminer une grossesse.

D'autres examens biologiques peuvent être utiles selon le contexte : hémogramme et protéine C réactive (CRP) en cas de suspicion de pathologie infectieuse.

La coelioscopie exploratrice, qui n'est pas à proprement parler un examen paraclinique, peut être une aide diagnostique pour les pathologies annexielles et après avoir réalisé le bilan d'imagerie. Elle permet en outre d'obtenir un diagnostic histologique.

L'hystérosonographie est une échographie utérine pendant laquelle on injecte du sérum physiologique en intra-utérin afin de distendre la cavité utérine et d'analyser de manière plus fine la cavité. Elle est très utile dans l'analyse des pathologies utérines intracavitaires et des malformations (fig. 2).

L'échographie 3D est également en cours de développement mais n'a pas encore d'indication formelle dans le contexte de tuméfaction pelvienne, elle peut être couplée à l'hystérosonographie.

Étiologie

Causes gynécologiques

Elles sont de loin les plus fréquentes.

1. Pathologies utérines

Fibromes : c'est la cause la plus fréquente. Les symptômes évocateurs sont des ménométrorragies, des douleurs pelviennes. Cliniquement, l'utérus peut être globalement augmenté de volume, dur et peu mobile si les fibromes sont nombreux. L'examen de référence est l'échographie pelvienne par voie abdominale et vaginale, elle permet le plus souvent de cartographier les lésions (intérêt de l'échographie en 3 dimensions). Une IRM peut être requise en vue d'une chirurgie conservatrice (myomectomie quelle que soit la voie d'abord) afin de mieux localiser les différents fibromes.

Il existe par ailleurs une classification des fibromes qui distingue 8 catégories selon la classification FIGO 2011, PALM-COEIN (fig. 3) :

- sous-muqueux pédiculé (0) ;
- sous-muqueux avec bombement de plus de 50 % de son volume dans la cavité (1) ;
- sous-muqueux avec bombement de moins de 50 % de son volume dans la cavité (2) ;
- intramural au contact de l'endomètre (3) ;
- intramural pur (4) ;

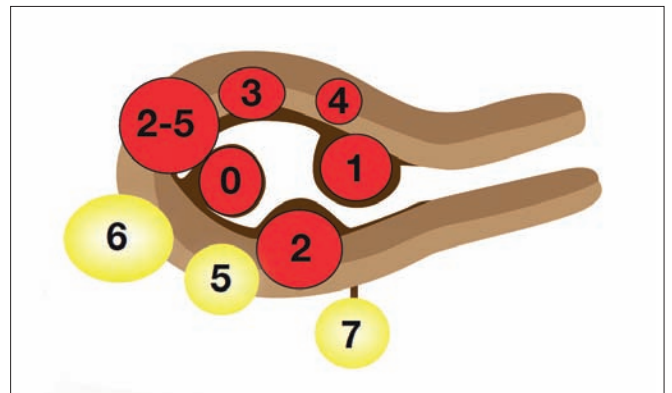


FIGURE 3 Classification des fibromes utérins de PALM-COEIN.

D'après Downes E, Sikirica V, Gilabert-Estelles J, et al. The burden of uterine fibroids in five European countries. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010;152:96-102.



POINTS FORTS À RETENIR

- Les tuméfactions pelviennes les plus fréquentes sont les fibromes utérins et les kystes ovariens.
- L'échographie reste l'examen de première intention.
- L'IRM est un bon examen pour étudier le pelvis féminin, elle est indiquée en 2^e intention pour l'exploration des masses ovariennes > 7 cm ou les masses complexes et dans l'évaluation de l'extension des cancers gynécologiques.
- Le scanner n'est à utiliser que lors d'une suspicion d'atteinte extragynécologique ou en situation d'urgence.

- sous-séreux avec bombement extérieur < 50 % de son volume (5) ;
- sous-séreux avec bombement extérieur > 50 % de son volume (6) ;
- sous-séreux pédiculé (7).

Cancer de l'endomètre : le mode de découverte est le plus souvent des métrorragies post-ménopausiques et plus rarement une tuméfaction pelvienne. L'examen clinique permet d'évaluer la taille de l'utérus et l'extension de la maladie. Le diagnostic est obtenu par une biopsie de l'endomètre sous spéculum (pipelle de Cornier) ou une biopsie dirigée sous hystéroscopie. Enfin, il peut s'agir d'une découverte fortuite sur pièce d'hystérectomie. Les examens paracliniques utiles sont :

- l'échographie, qui peut retrouver une hypertrophie endométriale ou une lésion intracavitaire ;
- l'IRM lombo-pelvienne, afin d'évaluer l'extension loco-régionale de la maladie (infiltration du myomètre ?)

Adénomyose : c'est la présence anormale de tissu endométrial au sein du myomètre. Les symptômes sont des dysménorrhées et des ménométrorragies, possiblement associés à une tuméfaction pelvienne. Cliniquement, l'utérus est globalement augmenté de volume (globuleux), de consistance habituelle et douloureux à la palpation. Des lésions d'endométriose peuvent être associées comme un nodule vaginal bleuté du cul-de-sac postérieur à l'examen sous spéculum ou un nodule d'endométriose profonde du torus ou des ligaments utéro-sacrés au toucher vaginal.

L'échographie permet de suspecter le diagnostic en cas d'asymétrie des parois myométriales (hypertrophie antérieure) et d'aspect strié du myomètre avec une jonction myomètre/endomètre floue.

Cancer du col de l'utérus : lorsque le cancer du col de l'utérus se révèle par une tuméfaction au toucher vaginal, il faut suspecter un stade avancé (de plus de 4 cm). Les autres symptômes évocateurs sont les métrorragies provoquées chez une patiente n'ayant pas de suivi gynécologique régulier. À l'examen sous

spéculum, il est retrouvé une masse cervicale exophytique ou bien un col en barillet (tumeur de l'endocol) qui doit être biopsiée sous spéculum. En cas de lésion de plus petite taille, l'examen de référence est la biopsie sous colposcopie, permettant l'analyse anatomo-pathologique. Dans ce cas, il s'agit plutôt d'un stade précoce. Dans tous les cas, une extension paramétriale et vaginale est recherchée à l'examen (toucher vaginal et rectal).

L'IRM est réalisée dans le cadre du bilan d'extension loco-régional : recherche de la taille et de l'atteinte paramétriale et vaginale.

Sarcome utérin : pathologie rare mais à évoquer devant une masse pelvienne à croissance rapide ou atypique. Le diagnostic est souvent fortuit sur une pièce opératoire d'hystérectomie envoyée en analyse anatomo-pathologique. La prise en charge est spécifique du type histologique et relève de centres experts.

2. Pathologies annexielles

Masses ovariennes dont le cancer de l'ovaire. La découverte d'un kyste annexiel et notamment ovarien est très fréquente. On classe les kystes ovariens en « fonctionnels » lorsqu'ils sont liquidiens purs (kyste folliculaire ou lutéal) et disparaissent spontanément. La **fig. 4** montre des follicules en cours de stimulation surveillés en échographie (ovaire normal plurifolliculaire). Tous les autres kystes sont dits « organiques ». La classification des tumeurs ovariennes dépend de l'origine tissulaire et reflète la complexité des types cellulaires qui cohabitent au sein de l'ovaire. Il existe ainsi 3 grands types de tumeurs ovariennes : épithéliales (les plus fréquentes), germinales et des cordons sexuels. Pour chacun de ces groupes, il existe des tumeurs bénignes et leur déclinaison maligne. La découverte d'une tumeur ovarienne est très souvent fortuite à l'échographie ou lors d'un bilan de douleurs pelviennes. Elle peut aussi survenir lors d'une complication : la torsion d'annexe, la rupture de kyste ou l'hémorragie intrakystique. Au toucher vaginal, la masse peut être palpée dans un des culs-de-sac, mais elle est indépendante de l'utérus : la mobilisation utérine ne mobilise pas la masse.

L'échographie reste l'examen de première intention pour caractériser la masse selon les recommandations pour la pratique clinique (RPC) du Collège des gynécologues-obstétriciens français de décembre 2013 (site Internet). Une IRM est recommandée pour les masses liquidiennes pures de plus de 7 cm et pour les masses complexes.

Ces examens permettent de préciser la taille, la forme, la localisation exacte et la nature de la lésion, la présence de cloisons ou de végétations intrakystiques et la présence d'un épanchement. Le Doppler permet d'étudier la vascularisation.

Les données échographiques évocatrices de malignité sont les suivantes (**fig. 5**) :

- taille > 7 cm ;
- contenu hétérogène ;
- présence de végétations endo-/exokystiques ;
- néovascularisation anarchique ;
- présence d'une ascite, de métastases hépatiques, de nodules de carcinose péritonéale.

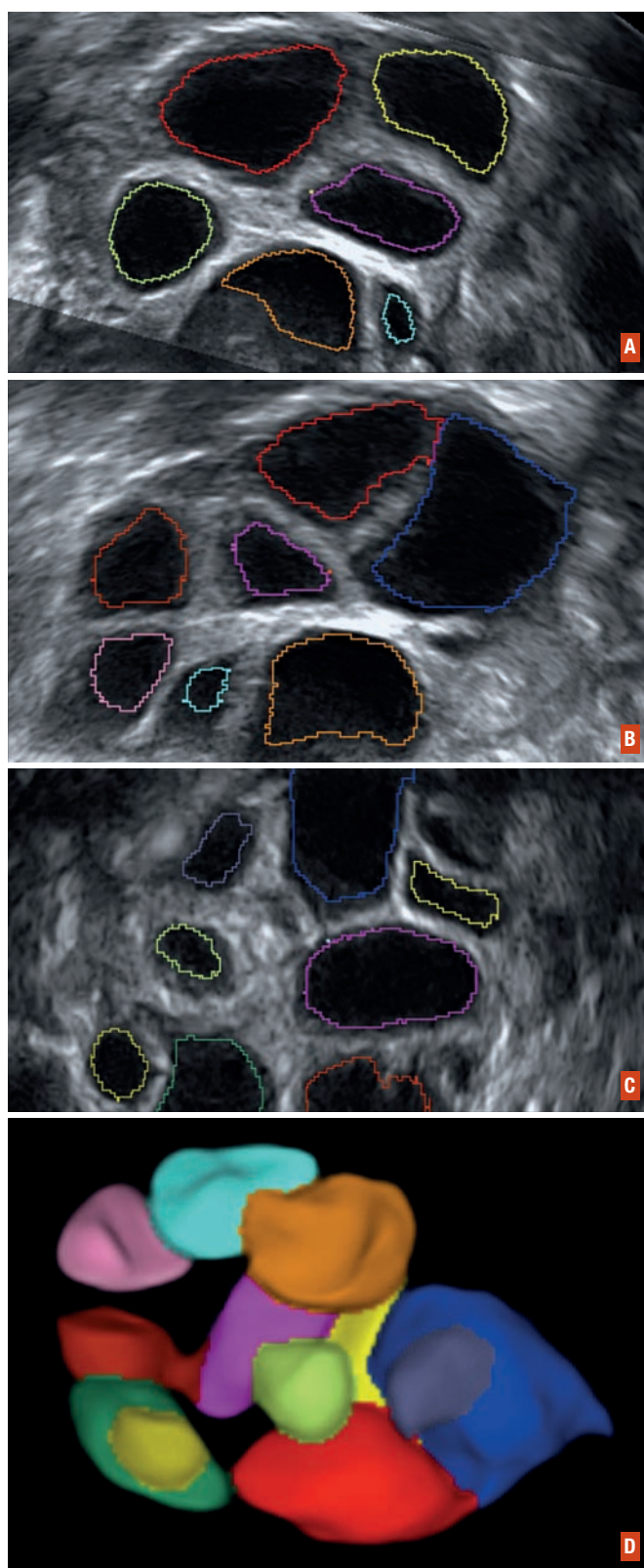


FIGURE 4 Suivi d'un ovaire plurifolliculaire en cours de stimulation avec reconstruction en 3 dimensions des follicules.

Tous ces critères échographiques sont à interpréter en fonction du statut ménopausique. Une lésion tissulaire sera d'autant plus suspecte que la patiente est ménopausée.

La ponction guidée par l'imagerie par voie transabdominale ou transvaginale n'est pas recommandée et à risque de dissémination en cas de pathologie maligne.

Enfin, le dosage du CA125 peut être utile devant une lésion suspecte, pour évaluer ensuite son évolution au cours du traitement. C'est essentiellement un outil de suivi et non un outil diagnostique.

Une fois ces différents examens réalisés, on individualise le plus souvent 4 types de masses ovariennes.

Kystes fonctionnels : ce sont des kystes liquidiens purs bénins qui disparaissent spontanément dans 90 % des cas. Ils sont plus fréquents en période d'activité génitale mais peuvent apparaître également après la ménopause. À l'échographie, ils mesurent le plus souvent entre 3 et 6 cm (rarement plus), ont des parois fines, des contours réguliers, un contenu homogène sans végétation ni cloison. L'échographie est suffisante au diagnostic et la prise en charge définie par les recommandations du CN-GOF de 2013.

Kystes organiques : il peut s'agir de :

- cystadénome séreux ou mucineux qui a un contenu plus ou moins épais à l'échographie et peut être cloisonné ;
- kyste dermoïde ou tératome mature (**fig. 6**) : la seule tumeur germinale bénigne dont la dégénérescence est exceptionnelle (< 1 %) mais à risque de torsion. L'aspect échographique montre une formation hétérogène avec des structures calcifiées (des dents) ;
- endométriose (**fig. 7**) : localisation ovarienne de l'endométriose. Il peut être isolé ou associé à des lésions d'endométriose profonde ou superficielle. Les symptômes évocateurs d'endométriose dont les dysménorrhées, les dyspareunies. À l'échographie, on retrouve une formation finement échogène. Il faut dans ce cas rechercher une endométriose profonde associée, surtout si les douleurs sont très importantes.

Cancer de l'ovaire : il concerne le plus souvent les patientes de plus de 45 ans et est découvert à un stade avancé dans 75 % des cas. Attention ! 5-10 % des cancers ovariens sont en fait des métastases comme dans le syndrome de Krukenberg (primitif digestif). La **fig. 8** est une image échographique d'un cystadénocarcinome ovarien séreux avec une volumineuse végétation. Enfin, il est fréquent de diagnostiquer ces cancers au stade de carcinose péritonéale (stade FIGO III) avec une présentation clinique caractéristique : augmentation de volume abdominal, ballonnements dans un contexte d'altération de l'état général et découverte d'une masse pelvienne.

Tumeurs borderline ovariennes : ce sont des tumeurs ovariennes avec un potentiel de dissémination loco-régionale mais sans risque de métastase à distance. Il peut exister des lésions péritonéales appelées implants tumoraux, mais même dans ce cas la survie reste très bonne.

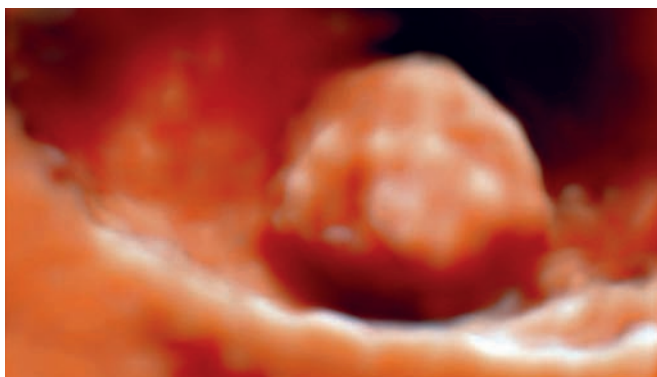


FIGURE 5 Reconstruction en 3 dimensions d'une végétation ovarienne intrakystique d'un kyste organique de l'ovaire

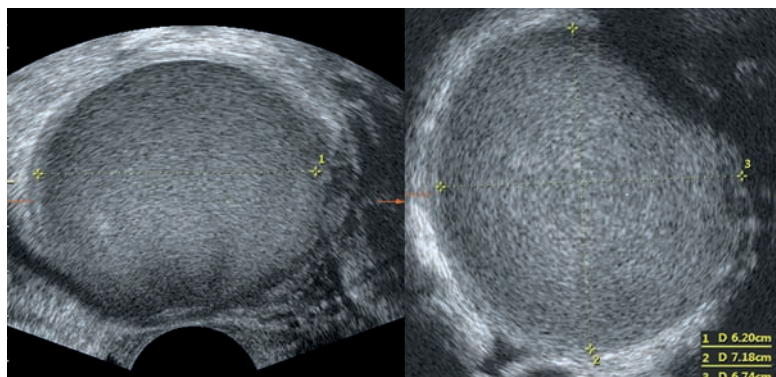


FIGURE 7 Images échographiques d'un endométriome ovarien.

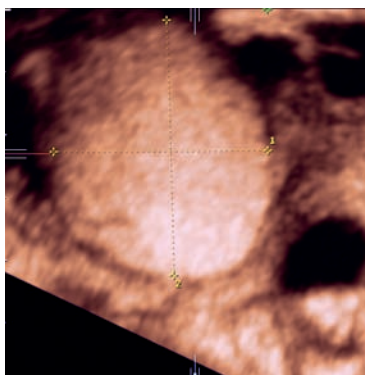


FIGURE 6 Reconstruction en 3 dimensions d'un kyste dermoïde ovarien.

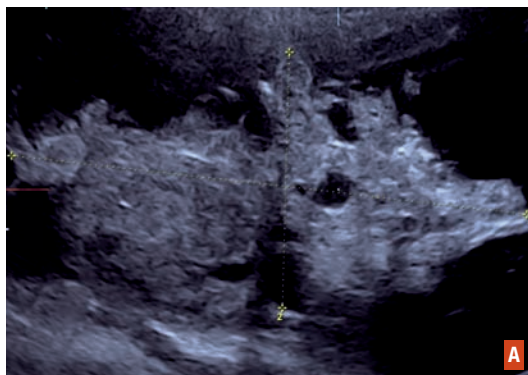


FIGURE 8 Volumineuse végétation ovarienne intrakystique (A) d'un adénocarcinome ovarien avec reconstruction en 3 dimensions (B).

Pathologies tubaires : au toucher vaginal, la masse est distincte de l'utérus par la présence d'un sillon entre les deux structures mais la mobilisation utérine met en mouvement la masse palpée.

Hydrosalpinx (collection liquidienne de la trompe) : c'est une complication d'une infection génitale haute chronique et une cause d'infertilité tubaire. À l'échographie, on retrouve un aspect de masse liquidienne oblongue avec des caractéristiques de l'origine tubaire. L'hystérosalpingographie peut être utile, mais contre-indiquée en cas de suspicion d'infection aiguë.

Pyosalpinx (collection purulente de la trompe) - abcès tubo-ovariens : c'est également une complication de la salpingite mais sur le mode aigu. On évoque ce diagnostic devant une patiente ayant des rapports sexuels non protégés, présentant des douleurs pelviennes souvent latéralisées de façon aiguë avec souvent des leucorrhées malodorantes et parfois un syndrome fébrile et un syndrome inflammatoire biologique (hyperleucocytose et CRP augmentée). À l'examen clinique, on retrouve des leucorrhées sales avec une douleur exquise à la mobilisation utérine. L'échographie permet d'identifier une

masse oblongue liquidienne. Le diagnostic différentiel avec l'hydrosalpinx est ainsi parfois difficile, la clinique et la biologie orientent alors vers un diagnostic ou l'autre. Les autres examens utiles sont :

- numération formule sanguine (NFS), CRP : évaluation de l'importance du syndrome inflammatoire et donc de la potentielle sévérité de l'infection, argument pour le diagnostic positif ;
- prélèvement vaginal avec recherche de Chlamydia et gonocoque ;
- sérologies des infections sexuellement transmissibles.

Hématosalpinx (collection sanguine tubaire) : elle donne une image échographique plus hétérogène que les 2 précédents diagnostics : aspect en cible ou masse hétérogène latéro-utérine indépendante de l'ovaire. Cette pathologie est retrouvée essentiellement dans 2 cas :

- la grossesse extra-utérine tubaire à évoquer jusqu'à preuve du contraire ;
- plus rarement, dans un contexte d'endométriose.

Les examens pertinents dépendent du diagnostic vers lequel on s'oriente.

Kystes vestigiaux ou paratubaires : ce sont des reliquats des canaux de Wolff qui persistent chez un tiers des femmes, le plus souvent à droite, et peuvent former des masses annexielles liquidiennes volumineuses à l'origine de torsion d'annexe. Ils peuvent être pris pour des kystes ovariens ou des hydrosalpinx à l'échographie, le diagnostic est parfois posé lors d'une coéloscopie.

Cancer de la trompe : pathologie rare, dont l'origine et la prise en charge sont comparables au cancer de l'ovaire.

3. Cas de la grossesse

Il peut s'agir de :

- grossesse intra-utérine méconnue, déni de grossesse ;
- grossesse extra-utérine tubaire : la découverte sous forme de tuméfaction pelvienne est rare, les douleurs sont souvent au premier plan, avant l'apparition d'une masse pelvienne. Les formes précoces sont souvent asymptomatiques ;
- grossesse interstitielle (souvent appelée cornuale) : il s'agit du développement, rare, d'une grossesse dans une corne utérine ou portion intra-utérine de la trompe, souvent peu symptomatique (fig. 9). Le risque est la rupture de la corne avec hémopéritoine massif.

Pour ces 3 diagnostics, le trépied clinique, biologique (cinétique des β HCG) et échographique permet d'obtenir le diagnostic.

Causes extra-gynécologiques

1. Origine digestive

Cancer digestif : le plus souvent, la masse est découverte lors d'un bilan de rectorragies ou troubles du transit après 50 ans. Plus rarement, il s'agit d'une masse pelvienne clinique dans le cas de volumineuse tumeur du sigmoïde ou du rectum à gauche ou du cæcum à droite. L'examen clinique est peu informatif, le toucher rectal peut diagnostiquer une tumeur rectale. Les examens de référence sont la coloscopie avec biopsies et le scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste qui retrouve un épaississement asymétrique de la paroi digestive

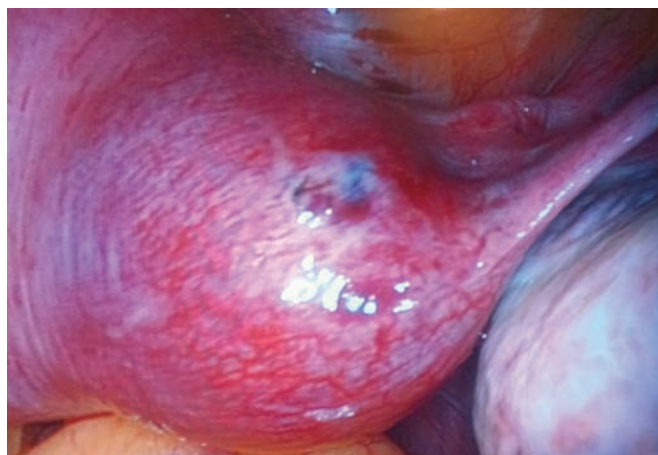


FIGURE 9 Image coéloscopique d'une grossesse cornuale droite.

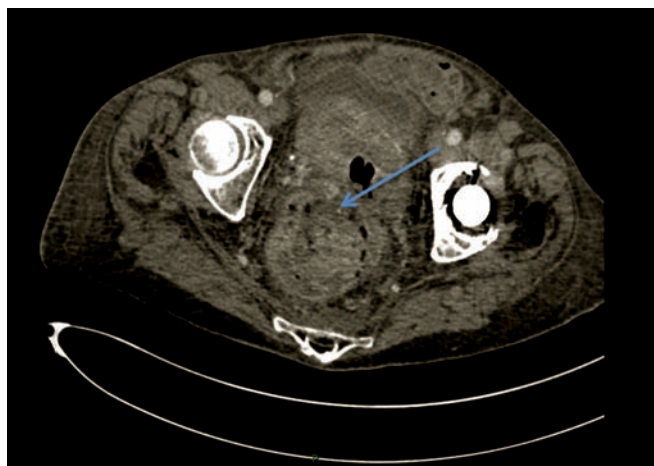


FIGURE 10 Tumeur rectale (flèche).

(fig. 10) et parfois une sténose. Comme dans le cas du cancer de l'ovaire, un cancer colorectal peut être diagnostiqué au stade de carcinose péritonéale, aggravant le pronostic.

Causes infectieuses : abcès, sigmoïdite, plastron appendiculaire, dans un contexte de douleur abdominale avec souvent de la fièvre et un syndrome inflammatoire biologique (hyperleucocytose et CRP augmentée).

L'examen le plus utile est encore une fois le scanner, à la fois pour le diagnostic positif et de gravité : il montre un épaississement de la paroi digestive avec une infiltration de la graisse autour et parfois une lame d'épanchement, la présence de bulles intra-abdominales extradigestives signe une perforation digestive (fig. 11).

Fécalome : diagnostic purement clinique au toucher rectal. Le terrain est celui d'une patiente âgée, parfois démente, avec notion de douleur abdominale et constipation. Aucun examen complémentaire n'est nécessaire au diagnostic. Une évaluation manuelle et par lavement est nécessaire ainsi qu'une réhydratation.

Hernie inguinale ou crurale : là aussi, le diagnostic est clinique, avec une notion de voussure impulsive à la toux, réductible et non douloureuse si non étranglée.

2. Origine urologique

Globe vésical : diagnostic purement clinique. Il s'agit d'une pathologie aiguë chez une patiente le plus souvent âgée (ou parfois chez la jeune femme avec primo-infection herpétique, mais la douleur est prédominante au tableau de tuméfaction pelvienne). L'examen clinique retrouve une voussure sus-pubienne non mobile mais très douloureuse à la palpation et mate à la percussion.

Tumeur vésicale (seulement si très avancée) : terrain tabagique, notion d'hématurie macroscopique, diagnostic par cystoscopie avec biopsies.

Kyste de l'ouraqué, tumeur (adénocarcinome) sur kyste de l'ouraqué : très rare.

Diverticule urétral/abcès urétral sur diverticule (extériorisés à la vulve) : très rare.

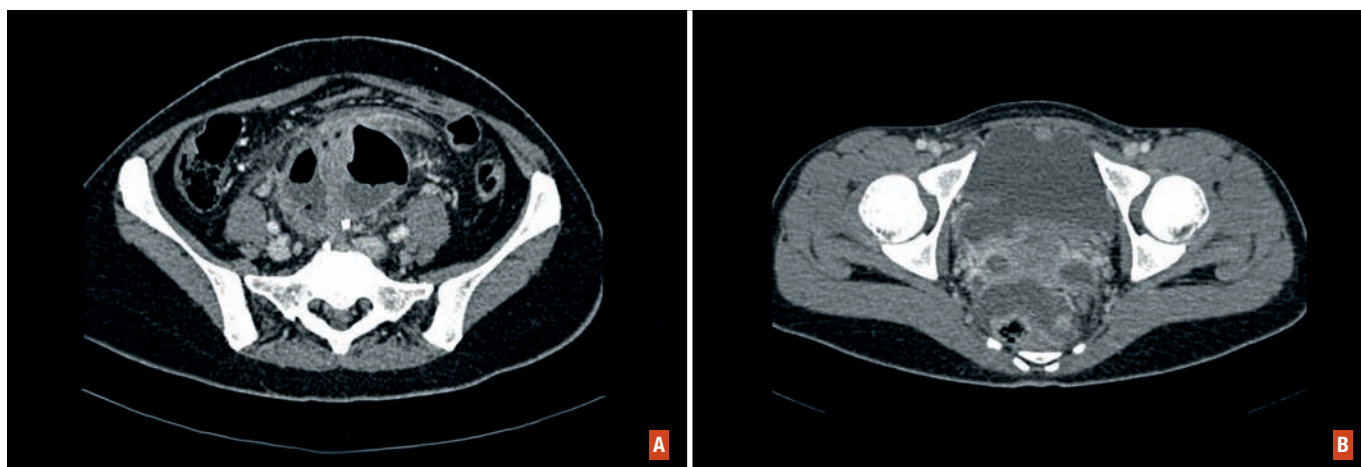


FIGURE 11 Abscès pelvien sur perforation sigmoïdienne (A) et abcès du cul-de-sac de Douglas sur appendicite aiguë (B).

3. Origine vasculaire

Ce sont les anévrysmes des vaisseaux iliaques. Il s'agit d'une dilatation anormale d'un vaisseau iliaque, à plus de 1,5 cm de diamètre, sur un terrain athérosclérotique le plus souvent. Il survient le plus souvent chez l'homme de 70 ans. Il reste longtemps silencieux et se révèle par un syndrome de masse pelvienne lorsqu'il est volumineux avec un risque de complications dont la plus grave est la rupture (dilatation urétérale, constipation, etc.). Les examens utiles sont l'échographie-Doppler et surtout l'angioscanner voire l'angio-IRM.

4. Origine osseuse/cartilagineuse

Chondrosarcome : tumeur de l'adulte de plus de 30 ans, se localisant fréquemment au bassin, se révélant le plus souvent par une tuméfaction car insidieuse et non pourvoyeuse de douleur, de fracture pathologique ou d'altération de l'état général.

La radiographie du bassin est l'examen de première intention et sera complétée ensuite par une IRM et un scanner du bassin afin d'analyser la topographie exacte de la lésion.

Le diagnostic de certitude est rendu par une biopsie chirurgicale de la zone suspecte.

La scintigraphie osseuse et le scanner thoracique font partie du bilan d'extension.

Le pronostic est bon, surtout à un stade précoce (degré 1).

Ostéosarcome : très rarement au niveau du bassin, à l'origine de douleurs persistantes chez un adolescent avec conservation de l'état général ; la révélation par une fracture pathologique est exceptionnelle.

Le diagnostic est suspecté à la radiographie (zone mal limitée ostéocondensante ou ostéolytique, avec parfois atteinte des parties molles adjacentes) de bassin de face et de profil et confirmé par une biopsie. Le scanner permet une meilleure analyse de la tumeur au sein de l'os tandis que l'IRM analyse l'atteinte des parties molles.

Le pronostic reste très péjoratif pour cette localisation.

Sarcome d'Ewing : tumeur de l'adolescent, ubiquitaire, pouvant se révéler par des douleurs chroniques ou par une tuméfaction, très rarement par une fracture pathologique. Ces symptômes peuvent s'accompagner d'une fébricule et/ou d'une augmentation de la CRP.

Les examens utiles au diagnostic et à la prise en charge sont les mêmes que pour les deux pathologies précédentes.

Le pronostic est mauvais avec seulement 40 % de guérison des formes de l'adulte.

5. Autres origines

Carcinose péritonéale : nodules néoplasiques du péritoine, liés à la diffusion d'un cancer le plus souvent ovarien ou digestif. La carcinose est formée de nombreux petits nodules envahissant une partie ou la totalité du péritoine, mais parfois elle se retrouve sous forme de volumineux nodules solides que l'on peut palper en sous-cutané. Elle est souvent associée à une ascite.

L'examen de référence est le scanner. La biopsie d'une de ces lésions au cours d'une coelioscopie permet de confirmer le diagnostic et d'orienter vers la lésion primitive selon le type histologique. Il existe en effet de nombreuses localisations primitives pouvant être à l'origine d'une carcinose péritonéale : les cancers de l'ovaire, colorectal, gastrique mais également, plus rarement, péritonéal primitif, mammaire, du col utérin, etc.

Faux kyste péritonéal : cloisonnement péritonéal par des adhérences chez une patiente multi-opérée ou ayant des antécédents d'infection. Le diagnostic différentiel est souvent difficile avec un kyste ovarien, même à l'IRM. Une coelioscopie exploratrice peut être réalisée afin de ne pas méconnaître un kyste ovarien.

Adénopathies infectieuses ou néoplasiques. •



S. Levet, V. Canel, D. Skalli, P. Aristizabal, J.-M. Levallant et B. Haddad déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

C. Touboul déclare avoir participé à des interventions ponctuelles pour l'entreprise TBWA.

Message de l'auteur

● Les kystes ovariens peuvent tomber à l'examen car ils sont très fréquents avec des présentations cliniques et échographiques diverses. Ils présentent une difficulté de diagnostic étiologique avec de nombreuses questions possibles sur le diagnostic, la prise en charge et les complications.

● Les fibromes utérins sont également fréquents et pourvoyeurs de douleurs et d'anémie pouvant faire l'objet d'un dossier transversal.

● La pathologie cancéreuse pelvienne est très riche. Les cancers de l'endomètre comme les cancers de l'ovaire, qui ont une prise en charge standardisée avec une

problématique de stadification, sont également un sujet d'examen.

● Les cancers digestifs, très fréquents, font l'objet de nombreuses questions.

● D'autres pathologies peuvent faire l'objet de questions isolées ou dans un dossier comme les pathologies tubaires (hydrosalpinx...) ou encore l'endométriose.

POUR EN SAVOIR +



Monographie
**Cancers du col
et du corps de l'utérus**
Rev Prat 2014;64(6):771-820



Dossier
**Pathologies bénignes
gynécologiques**
Rev Prat 2014;64(4):531-52